

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 94

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SCIATIQUE D'ORIGINE DIABÉTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1919

PAR

RISKALLA (Boutros)

Né à Assiout (Égypte), le 16 août 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
LÉENHARDT, agrégé.
GAUSSEL, agrégé.

} *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SCIATIQUE D'ORIGINE DIABÉTIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SCIATIQUE D'ORIGINE DIABÉTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1919

PAR

RISKALLA (Boutros)

Né à Assiout (Égypte), le 16 août 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.
DUCAMP, professeur.
LÉENHARDT, agrégé.
GAUSSEL, agrégé. }

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II).
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, NOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphit. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (✱).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'agr.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, prof., présid^t ; DUCAMP, prof. ; LÉENHARDT, agrégé ;
GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde
affection et de reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

A TOUS MES PARENTS

A MES CHERS COMPATRIOTES ET AMIS

B. RISKALLA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BEYROUTH

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX DE PERPIGNAN

B. RISKALLA.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, nous avons une tâche bien douce à remplir. Nous ne pouvons oublier la lourde dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui, par leur enseignement et leurs conseils, ont contribué à notre formation médicale.

Et d'abord notre sentiment de gratitude va à nos maîtres de la Faculté de médecine de Beyrouth qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale. Le Révérend Père Collin, chancelier de cette Faculté, a surtout droit à notre reconnaissance pour l'amabilité qu'il nous a toujours témoignée.

Nous avons trouvé à la Faculté de médecine de Montpellier un accueil dont la cordialité nous a profondément touché. C'est auprès des maîtres éminents de cette vieille Ecole que nous avons complété notre instruction médicale.

Qu'il nous soit tout d'abord permis d'exprimer notre vive gratitude à M. le professeur Rauzier, dont l'enseignement savant et méthodique nous a séduit. Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que MM. les professeurs Ducamp, Granel et Vires ; que MM. les professeurs agrégés Léenhardt, Gausset et Galavielle, reçoivent l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils ont eue pour nous durant notre scolarité.

Pendant nos deux années d'internat dans les hôpitaux de Perpignan nous avons su profiter des leçons cliniques de nos maîtres MM. Massot et Chiffre. Qu'ils soient assurés ici de notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SCIATIQUE D'ORIGINE DIABÉTIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il y a déjà très longtemps — plus d'un demi-siècle — que les médecins ont remarqué le rapport de cause à effet existant entre certaines névralgies tenaces et le diabète sucré. Assez souvent, en effet, on a l'occasion d'observer de ces douleurs rebelles, névralgies faciales, intercostales, sciatiques qui résistent à tous les traitements dirigés uniquement contre elles ; du jour où l'on s'est aperçu que le malade présente du sucre dans ses urines, et où l'on a, par conséquent, pu lui imposer le traitement et le régime qui s'adressent au diabète sucré, on voit les névralgies se calmer par enchantement.

Dans l'échelle des troubles nerveux si variés et si nom-

breux qui dépendent du diabète, les névralgies ont une place importante et constituent l'une des variétés les plus fréquemment observées et les plus aisément curables. Il n'en est pas de même des névrites qui, elles, donnent lieu à des troubles beaucoup plus sérieux; elles sont beaucoup moins facilement et surtout beaucoup moins complètement curables, mais leur fréquence relative, quoique encore assez grande, l'est sensiblement moins que celle de la névralgie simple.

Parmi les névralgies ou névrites diabétiques, l'une des plus fréquemment observées est la sciatique. Il nous semble que cette notion de la sciatique diabétique, quoique très connue de la plupart des cliniciens, n'est pas encore assez répandue parmi le grand public médical, si l'on en juge par les cas que l'on a l'occasion d'observer dans les hôpitaux et où la cause de la sciatique — le diabète — n'a été ni recherchée ni même soupçonnée par les médecins qui ont vu le malade avant son entrée dans les services hospitaliers. C'est pourquoi nous désirons consacrer ce modeste travail inaugural à passer en revue cette question. Toute la légitime ambition du médecin et tout son art sont orientés vers la guérison du malade; une sciatique diabétique ne guérit jamais tant que le diagnostic du diabète n'est pas fait et tant que le traitement n'est pas dirigé d'abord contre lui.

La sciatique au cours du diabète a été pour la première fois signalée comme fréquente par Griesinger en 1859. Après lui, quelques cas furent signalés par Marchal de Calvi (1864), Palle (1864), Braun (1868). Mais il faut aller jusqu'au travail de Wörms, publié en 1880, pour trouver une discussion complète de la question. Pour la première fois, la question du rapport existant entre la sciatique et la glycosurie est nettement posée;

pour la première fois, certains caractères particuliers à la sciatique diabétique, tels que la symétrie, l'acuité, la ténacité sont soulignés. Pour la première fois enfin, la possibilité de l'existence de lésions nerveuses dues au diabète est soulevée. Peter fit à l'Académie de médecine un important rapport sur la communication de Worms et une discussion fort intéressante en fut la conséquence.

A la suite de ces divers travaux, on considéra comme acquis ce fait que la sciatique diabétique est à peu près toujours bilatérale. Mais on ne tarda pas à publier des cas où la sciatique, bien qu'unilatérale, n'en était pas moins due au diabète : Bouchardat en 1882, Drasche et Berger (de Breslau) la même année en publient des cas très nets.

La question est reprise quant au fond par Dreyfous dans sa thèse d'agrégation en 1883 et par Cornillon dans un mémoire important en 1884.

Jusqu'ici le mot de névralgie seul avait été prononcé. Mais Charcot, dans une célèbre leçon de 1886, montra que, dans bien des cas, il s'agit plutôt de névrites que de névralgies. L'étude d'Auché confirme cette façon de voir en prouvant expérimentalement que le diabète peut provoquer des lésions très nettes de névrites.

Un travail d'ensemble fort intéressant a été publié par Vergely en 1893 ; le même auteur a repris la même question en 1898 dans une étude détaillée sur les troubles nerveux du diabète.

Déjerine, enfin, s'est occupé de cette question des névralgies et des névrites d'origine diabétique : il l'a étudiée dans ses moindres détails, portant partout son investigation, et il a laissé cette question dans un état que l'on peut considérer comme à peu près définitif. En tous cas, les chercheurs qui sont venus après lui n'ont

rien ajouté d'important à ce qu'il avait lui-même décrit. C'est à lui que revient l'honneur d'avoir décrit le pseudo-tabes d'origine névritique et d'avoir montré son rapport avec le diabète dans un très grand nombre de cas.

D'autres travaux sont venus depuis, aucun n'a rien ajouté d'essentiel à la question, aujourd'hui classique, des lésions nerveuses au cours du diabète.

Mais, si nous désirons insister sur la sciatique diabétique, c'est qu'elle existe souvent à l'état de manifestation isolée, au cours d'un diabète inconnu ou méconnu. Il y a là un chapitre important de l'histoire de la sciatique qui nous fournira matière à des considérations pathogéniques d'un certain intérêt, en même temps qu'à une discussion de diagnostic d'un intérêt pratique très immédiat.

CHAPITRE II

QUELQUES OBSERVATIONS DE SCIATIQUE DIABÉTIQUE

Nous avons réuni tout d'abord quelques observations qui nous serviront d'exemple et auxquelles nous aurons à nous reporter au cours de l'exposé clinique que nous ferons ensuite. Elles nous permettront de vérifier les quelques rares notions étiologiques que nous possédions sur la sciatique diabétique : sa fréquence relative chez les *diabétiques gras* et le rôle prédisposant assez net des émotions, des chagrins, de la névropathie. Il est vrai que ces dernières causes comptent aussi habituellement parmi les facteurs importants du diabète.

OBSERVATION I

(Raymond et Oulmont. — *Gaz. méd.* Paris, 1881)

Sciatique double avec douleurs fulgurantes et myalgie des membres inférieurs dans un cas de diabète grave.

C... Charles, 38 ans, domestique.

Malade depuis un an seulement. Le début a été marqué par les symptômes habituels du diabète, surtout la soif et la polyurie qui ont pris d'emblée un développement notable.

Aucun antécédent pathologique.

Tourmenté par la soif et la polyurie qui sont les symptômes dominants, il entre à l'hôpital de Nancy où il reste en traitement trois mois. Il en sort amélioré, mais l'amélioration ne persiste pas, l'amaigrissement fait des progrès rapides. Il entre de nouveau à l'hôpital de Bruxelles. A ce moment apparaissent dans les membres inférieurs des douleurs qui surviennent sous forme d'accès pendant lesquels elles traversent le membre, de la hanche aux orteils, en suivant le trajet du sciatique. Les crises sont brusques et durent plusieurs heures ; elles ne sont un peu atténuées que par la morphine. Elles se produisent plusieurs fois dans les 24 heures.

Indépendamment de ces crises, le malade se plaint d'une douleur violente, mais non spontanée, que provoque l'attouchement des masses musculaires : la simple pression du pied sur le sol. D'autre part, aucun trouble de la motilité ni des sphincters ne fut constaté.

Grâce au traitement antidiabétique, l'amélioration se produit, mais au bout de trois semaines il est obligé d'entrer de nouveau à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel : Le malade est grand et a dû être très robuste. Actuellement il est pâle et décharné. L'examen des organes ne relève rien d'anormal. Cependant, la percussion du foie est un peu douloureuse et il y a un léger degré de submatité dans la fosse sus-épineuse droite (hémoptysie il y a quelques mois). L'appétit est peu développé et fait même défaut depuis plusieurs jours, la soif persiste, la quantité d'urine est de 4 à 5 litres avec 70 grammes de sucre par litre.

Le malade est soumis à un régime sévère.

Les douleurs sont les mêmes qu'autrefois, elles suivent le sciatique depuis son origine jusqu'aux orteils. Elles sont spontanées, surviennent par crises quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures et sont calmées par la morphine. Pas de douleurs en ceinture, pas de points douloureux névralgiques sur le trajet du sciatique. Sensibilité cutanée intacte.

En outre, la pression exercée sur les muscles de la cuisse et du mollet est insupportable, tandis que la peau peut être plissée sans provoquer les plaintes du malade. Pas de contracture, réflexes tendineux normaux.

OBSERVATION II

(Auché. — *Arch. de méd. exp.*, 1890)

M^{me} T... Jeanne, 50 ans, entre le 26 janvier à l'hôpital Saint-André.

Elle est diabétique depuis six ans au moins. Elle mangeait et buvait beaucoup mais elle ne buvait jamais de liqueurs et prenait environ un demi-litre de vin par jour. Ce n'était donc pas une alcoolique.

Depuis environ trois ans, elle éprouvait une sensation de fatigue jusqu'à l'accablement.

Depuis six mois à peu près, ses membres inférieurs sont sans force ; ils peuvent à peine la soutenir quelques instants ; encore tremblent-ils dès que le poids du corps repose sur eux. La malade éprouve en outre de vives démangeaisons par tout le corps.

Depuis un temps impossible à fixer, elle éprouve très souvent, surtout la nuit, des picotements et des fourmillements dans les pieds, les jambes et les mains. Parfois, ce sont de véritables et vives douleurs qu'elle ressent.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, sans prodromes, elle est prise de coma diabétique et succombe deux jours après.

Autopsie. — Pas de lésions du tube digestif. Légère dilatation gastrique. Foie un peu mou, pâle avec quelques îlots de dégénérescence graisseuse. Rate et pancréas normaux.

Légère congestion des bases pulmonaires.

Myocarde dégénéré, flasque, pâle et mou.

Reins pâles sans lésions notables.

Enfin, du côté du système nerveux on ne constate aucune lésion centrale, mais l'examen des nerfs des membres inférieurs donne des résultats intéressants : les nerfs tibiaux antérieurs, tibiaux postérieurs, plantaires internes et saphènes externes des deux côtés sont profondément altérés ; ils présentent de nombreuses échancrures de la myéline. Celle-ci disparaît complète-

ment par endroits et on trouve des fibres où elle est segmentée en blocs. Les cylindre-axes sont intacts.

OBSERVATION III

(Lecorché. — Paris, 1892)

M^{me} A..., 73 ans, née de parents goutteux, a eu elle même un premier accès à l'orteil du pied gauche à l'âge de 60 ans en 1878. Depuis elle a eu d'autres manifestations de même nature à l'autre pied et aux mains.

En 1867 elle eut une sciatique gauche qui persista fort longtemps, et quelques années après elle présenta des névralgies intercostales droites. Elle vient se faire examiner en 1892 pour une nouvelle et très douloureuse crise de sciatique gauche. Les urines contiennent du sucre en très faible quantité (10 grammes par litre). Il n'y a pas de polydipsie ni de polyphagie, pas d'amaigrissement appréciable.

Tous les organes sont normaux.

OBSERVATION IV

(Oettinger et Carlotti, *in* thèse Lagardère, 1902)

M^{me} X..., 71 ans, n'a dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde ayant duré sept semaines en 1885. Pendant

sa convalescence, elle présenta une arthrite du genou droit au cours de laquelle on s'aperçut que ses urines contenaient du sucre en quantité très considérable.

Peu après apparurent de la polyphagie et de la polydipsie. Sous l'influence du traitement, la glycosurie disparaît et les troubles fonctionnels cessent. La malade suivit néanmoins pendant quatre ans après un régime assez sévère.

Actuellement, elle entre à l'hôpital pour des douleurs dans la jambe droite datant de trois mois et ayant brusquement débuté un matin, alors que la malade vaquait paisiblement à ses occupations. Elle a dû cesser son travail et les douleurs ont continué avec des exaspérations nocturnes violentes.

Ces douleurs s'étendent depuis la région lombaire jusqu'aux orteils du côté droit et le moindre mouvement les exaspère. Elles empêchent complètement la marche. Pendant deux mois, la malade fut soumise à un traitement par l'antipyrine et les injections de cocaïne qui ne donna que des sédations passagères.

Examen : Malade très grassé, presque obèse. Elle présente une hyperesthésie cutanée extrêmement marquée sur le membre inférieur et dans la fosse iliaque du côté droit. Le moindre frôlement lui fait pousser des cris. Sur le trajet du sciatique la palpation profonde semble être particulièrement douloureuse, surtout aux points de Valleix. Le signe de Lasègue est très net.

La malade n'ose pas bouger de peur de souffrir. Les réflexes rotuliens sont diminués. L'état général est bon.

L'appareil digestif fonctionne normalement. Il n'y a ni polyphagie, ni polydipsie.

Les urines ne contiennent pas d'albumine mais contien-

nent 25 grammes de sucre par litre, soit 34 grammes par vingt-quatre heures.

Un traitement antidiabétique est institué sous l'influence duquel l'état de la malade s'améliore rapidement. Le 23 octobre, elle peut se lever et marcher, et l'hyperesthésie est très atténuée.

Le 5 novembre, les douleurs ont à peu près complètement disparu. Les urines contiennent encore environ 13 grammes de sucre par litre.

OBSERVATION V

(Worms. — *Gaz. heb.*, 1880)

M. X... avait présenté en 1864 des phénomènes d'arthritisme. La mort d'une tante diabétique l'avait vivement impressionné et peu après il fut pris d'une soif intense. Par frayeur, il se déroba presque entièrement au traitement et vécut ainsi pendant dix ans, maigrissant et perdant ses forces. En 1876, il eut des douleurs intolérables dans la région postérieure des deux cuisses, sur le trajet de la section fémorale des deux nerfs sciatiques, douleurs intenses, s'exaspérant à la pression et limitées très nettement entre l'échancrure sciatique et le creux poplité. L'ensemble de ces phénomènes symétriques était tel qu'on pouvait penser à une lésion centrale commune, soit vertébrale, soit médullaire. Mais aucun signe objectif, ni la douleur à la pression des vertèbres, du sacrum, du bassin ne venait étayer cette hypothèse. Cependant, le mal était tellement violent que

cet homme, très courageux d'ailleurs, ne pouvait s'empêcher de pousser des cris de souffrance. Aucun des traitements employés (quinine, bromure, morphine) ne peut le calmer et il reste un mois dans cet état, perdant le repos et tout appétit.

Je lui conseillai alors de se rendre à Royat. Après une saison aux eaux la douleur disparut, mais l'année suivante, vers la même époque du printemps, la névralgie double et symétrique revint avec les mêmes caractères et la même intensité. Sous l'influence du régime, la glycosurie tomba à 4 ou 5 grammes par jour et la névralgie disparut rapidement.

OBSERVATION VI

(Vergely. — *Gaz. hebd.*, 1893)

M^{me} N..., 56 ans, de constitution vigoureuse, est fille d'un père diabétique. Elle menait une vie très mondaine, mangeait une nourriture succulente et consommait beaucoup de gâteaux et de sucreries.

En 1875, à la suite d'un violent chagrin, apparurent les symptômes cardinaux du diabète, polydipsie, polyurie et polyphagie. La malade n'a jamais voulu s'astreindre à un régime. Elle prit du bromure et de la lithine et fit chaque année une cure à Vichy. Elle a maigri de 30 kilos, a des démangeaisons par tout le corps et a eu un anthrax. En outre, elle présente des accès d'angine de poitrine nocturne.

Il y a quatre ans, en revenant de Vichy, elle alla à

La Bourboule et prit des douches tièdes. Dès les premières douches, elle éprouva des douleurs dans les jambes et dans les pieds. Ces douleurs, qui avaient tantôt le caractère de douleurs fulgurantes, tantôt celui d'une brûlure, d'une piquûre occupant les orteils, le mollet, furent d'abord intermittentes, ne revenant qu'à intervalles éloignés, puis devinrent peu à peu permanentes avec de légères accalmies. La malade éprouve dans les membres inférieurs et surtout dans les pieds les sensations les plus diverses : tantôt une impression de chaleur, tantôt au contraire une impression de froid, tantôt des crispations, des crampes, des engourdissements. Ces douleurs qui empêchent le sommeil disparaissent en partie sous l'influence de frictions diverses.

Les pieds sont amaigris ainsi que les muscles de la jambe. La malade n'a qu'une sensation confuse de la nature du sol qu'elle foule, mais sa démarche est ferme et sans hésitation.

Les réactions galvaniques et faradiques sont normales. Les sensations de chaleur, de froid et de douleur sont complètement abolies aux jambes. Seul le contact est perçu. Quand la malade prend un bain, ce n'est que quand l'eau arrive à la partie moyenne des cuisses qu'elle perçoit la température et s'aperçoit parfois que l'eau est trop chaude pour qu'elle puisse y rester.

Les réflexes tendineux sont abolis.

La malade rend 3 litres d'urine en 24 heures et ses urines contiennent 90 grammes de sucre par litre.

Le diabète de cette malade est ancien et arrivé à la période cachectique. La teneur en sucre est très élevée. Peut-être est-ce pour ce motif qu'il existe des troubles de tous les modes de la sensibilité, et en particulier une thermo-anesthésie complète. Les douleurs névralgiques

variées, les névrites diverses traduites par les accès d'angine de poitrine et la perte des réflexes, traduisent également une intoxication déjà avancée et grave par conséquent.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

La sciatique apparaît le plus souvent chez les diabétiques à une période avancée de la maladie. Il est assez rare, mais il n'est point exceptionnel cependant de la voir survenir chez des diabétiques latents, au cours d'une santé en apparence parfaite. Elle débute d'ordinaire brusquement et sans cause apparente, au cours d'une promenade, pendant le sommeil ou bien alors que le malade vaque tranquillement à ses occupations habituelles. Parfois on peut noter quelques prodromes : le malade, pendant quelques heures ou quelques jours, a éprouvé de vagues picotements dans les membres inférieurs, une sensation d'engourdissement ou des impressions thermiques anormales. Puis, brusquement, la crise douloureuse éclate et atteint d'emblée une acuité extraordinaire. Nous étudierons successivement les troubles sensitifs qui dominent la scène et les troubles moteurs.

1° Troubles sensitifs

Ces troubles comprennent un symptôme dominant : la *douleur*, et quelques autres phénomènes subjectifs ou objectifs que nous énumérerons plus rapidement.

a) Douleur.

La douleur est très souvent *symétrique*, ainsi que de nombreux auteurs l'ont fait remarquer. Mais elle n'est pas toujours bilatérale d'emblée et parfois le second sciatique n'est pris qu'un certain temps après le premier. Parfois aussi — et plus souvent qu'on ne l'a cru au début — la douleur reste unilatérale.

Cornillon a fait une remarque intéressante au sujet des cas de sciatique double : c'est que la distribution de la douleur est parfaitement symétrique, et s'il y a une anomalie dans la localisation, ou simplement une limitation de celle-ci à une partie du tronc nerveux, cette disposition se retrouve identique sur les deux membres.

La douleur de la sciatique diabétique offre certains caractères particuliers. Outre son début brusque et indépendant de toutes les causes qui habituellement provoquent de la sciatique, elle se fait reconnaître par son acuité toute spéciale et par les paroxysmes nocturnes qu'elle présente. La plupart des névralgies s'exacerbent la nuit, mais les névralgies diabétiques revêtent l'aspect de véritables paroxysmes nocturnes, plus douloureux que ceux de n'importe quelles autres névralgies. Un

mouvement, un effort de toux, la simple chaleur du lit provoquent des douleurs atroces ; que le malade s'agite ou reste immobile, la douleur reste violente, pongitive et tout sommeil est impossible.

Certains ont souligné l'analogie que ces paroxysmes nocturnes violents créent entre les névralgies diabétiques et les douleurs d'origine syphilitique. Cette ressemblance est un des arguments qui ont été fournis à l'appui de l'origine syphilitique du diabète. Sans attacher trop d'importance à une simple analogie, il nous semble néanmoins qu'il y a là un fait intéressant à souligner.

Les douleurs de la sciatique diabétique revêtent des aspects variables et l'imagination des malades se donne libre carrière pour les qualifier : tantôt les malades les comparent à des brûlures, à des morsures, à des élancements, tantôt ce sont des sensations de rongement, de piqûres violentes, de secousses électriques douloureuses ; la terminologie est presque aussi variée que celle des malheureux en proie aux douleurs fulgurantes du tabes. Du reste, on a signalé des cas où les douleurs, dans la sciatique des diabétiques, revêtent absolument l'aspect de douleurs fulgurantes. Notre observation I, de Raymond et Oulmont, en est un exemple. Mais, dans cette observation, les réflexes tendineux étaient normaux, ce qui ne permettait guère d'erreur de diagnostic. Lorsque, au lieu d'avoir affaire à une simple névralgie, il existe de la névrite, et que les réflexes tendineux sont abolis — tout au moins le réflexe achilléen — le diagnostic devient plus délicat et c'est à Déjerine que revient le mérite d'avoir nettement caractérisé au point de vue clinique ces cas de pseudo-tabes névritique qui pourraient au premier abord en imposer pour un tabes vrai.

Un dernier caractère de la douleur dans la sciatique

diabétique c'est son extraordinaire *ténacité*. Elle résiste habituellement à tous les traitements antinévralgiques connus et ne cède qu'au traitement antidiabétique, encore ne cède-t-elle pas toujours immédiatement et surtout pas toujours complètement. Même dans ce cas, les récives sont fréquentes et, chose curieuse, se reproduisent souvent à des intervalles assez fixes, au voisinage de la même saison.

Outre la douleur, il existe très souvent des *démangeaisons* extrêmement pénibles occupant les membres inférieurs.

b) Troubles objectifs de la sensibilité.

Si l'on explore au point de vue sensitif un membre atteint de sciatique diabétique, on constate que la sensibilité au contact est en général conservée quoique souvent un peu obtuse. La sensibilité à la douleur est troublée, l'*hyperesthésie* est fréquente au début de la maladie et est en général, lorsqu'elle existe, étendue à tout le membre malade. Le moindre contact, le plus léger heurt arrachent des cris au malade. Au bout de quelque temps cette hyperesthésie diminue puis disparaît. Parfois elle fait place à de l'*anesthésie*, mais celle-ci n'est jamais complète, ou l'est très rarement.

Quant à la sensibilité à la température, elle n'est pas modifiée le plus souvent mais dans quelques observations on la trouve très altérée. On a signalé parfois une véritable dissociation syringo-myélique.

La recherche des points douloureux montre qu'en général les points décrits par Valleix se retrouvent assez nettement. Mais cette douleur élective provoquée par la

pression sur les troncs nerveux en leurs points d'émergence est cependant très loin d'être constante et, dans nombre de cas, on ne la provoque pas.

c) **Névralgies associées.**

Il existe assez souvent d'autres névralgies associées à la névralgie sciatique : névralgies faciales ou occipales, névralgies dentaires, névralgies brachiales ou crurales, névralgies intercostales.

Souvent il ne s'agit pas de simples névralgies mais de véritables névrites, et quelques observateurs ont signalé l'existence de crises d'angine de poitrine associées à des manifestations douloureuses dans le domaine du sciatique. Nous avons reproduit une de ces observations (Observation VI, Vergely).

Il est du reste assez difficile de faire cliniquement le diagnostic entre la névrite et la simple névralgie. Les troubles sensitifs sont identiques dans les deux cas. Les troubles moteurs et trophiques que nous allons étudier maintenant nous fourniront quelques indications plus précises dont nous discuterons la valeur au fur et à mesure que nous les étudierons.

2° Troubles moteurs

a) **Démarche.**

Charcot et Brissaud ont établi l'existence de deux types principaux de démarche chez les malades atteints

de sciatique. On sait que chez ces malades il se produit toujours une scoliose de compensation; cette scoliose peut être *homologue* ou *croisée*, d'où deux types de démarche absolument distincts. Quand la scoliose est croisée le malade « supplée au défaut d'extension par un mouvement du bassin combiné à l'appui de la canne ». Quand la scoliose est homologue, la marche est encore plus difficile. La « moitié du corps libre de contracture s'appuie sur le côté sain, le malade fait fortement saillir sa hanche et, selon la comparaison de Brissaud, on dirait un homme portant à bout de bras un seau en évitant de se mouiller ».

b) Troubles des réflexes.

Les constatations faites sur les réflexes sont extrêmement variables. Parfois, les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux ou à peine diminués; ce sont des cas exceptionnels. Plus souvent, ces réflexes sont très diminués ou complètement abolis. On ne peut, du reste, accorder à leur disparition la signification que l'on serait tenté de lui accorder de prime abord : celle d'une névrite. Car on sait que le diabète suffit par lui-même à provoquer la disparition des réflexes tendineux. Il est vrai que, selon toutes probabilités, cette disparition est due à une névrite latente.

c) Signe de Lasègue.

Ce signe existe dans la majorité des cas de sciatique diabétique, tout comme dans les autres sciatiques.

3^o Troubles trophiques

Les troubles trophiques, quand ils existent, sont un bon argument en faveur de la névrite. La peau devient sèche, écailleuse, épaisse, les ongles deviennent cassants et se déforment, les masses musculaires disparaissent plus ou moins rapidement. Quand on constate ces symptômes, on peut conclure de façon certaine qu'il existe des lésions de névrite.

Parfois on a pu observer des ulcérations et même de véritables maux perforants. C'est dans ce dernier cas en particulier qu'une analyse clinique rigoureuse doit intervenir, afin que l'on ne puisse confondre avec un tabes vrai un pseudo-tabes par névrite périphérique.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC. ÉVOLUTION. PRONOSTIC

Le **diagnostic** se fera d'après les signes que nous venons de décrire et sur l'importance desquels, au point de vue du diagnostic, nous avons insisté au fur et à mesure de leur énumération.

Le diagnostic de sciatique est aisé à faire, sauf dans les cas où l'on peut penser au tabes. Mais l'analyse clinique et l'examen complet du malade, y compris l'analyse des urines, permettront de le faire sans grande difficulté.

Le diagnostic de la cause de la sciatique peut être plus délicat. Cette sciatique est souvent bilatérale, et, en présence d'une sciatique bilatérale, on a tendance à chercher uniquement la cause centrale, médullaire ou rachidienne, qui en est le facteur le plus habituel. Il faut, par l'examen clinique et les recherches de laboratoire — ponction lombaire, radiographie — éliminer toutes ces causes, et l'examen des urines donnera alors la clef de la situation, sauf dans les cas, assez rares il est vrai, où

la sciatique précède toute manifestation diabétique. Chez les malades atteints de sciatique tenace et chez lesquels on ne découvre aucune cause évidente, il est nécessaire de surveiller régulièrement les urines au point de vue de la présence de glycose.

L'évolution de la sciatique est variable suivant le moment de son apparition. Elle est d'autant moins tenace qu'elle survient au cours d'un diabète *plus jeune*. Lorsqu'elle apparaît chez un diabétique récent, le traitement et le régime antidiabétiques en ont assez facilement raison. Mais si elle se produit chez un malade, diabétique de longue date, elle est beaucoup plus rebelle. Elle ne disparaît parfois qu'avec la glycosurie et même souvent assez longtemps après elle.

Du reste, son évolution est loin d'être toujours parallèle à celle de la glycosurie, et à ce point de vue toutes les modalités peuvent être observées. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle est habituellement moins rebelle dans les diabètes à marche lente que dans les diabètes à marche rapide.

La sciatique diabétique — ainsi que du reste toutes les névralgies de même nature — présente très souvent des récurrences et on ne peut jamais être certain que sa guérison sera durable.

Le pronostic dépend de tout ce que nous venons de dire. Très mauvais dans le diabète grave à marche rapide où rien n'agit, il est beaucoup plus favorable dans le diabète à marche lente, et d'autant plus favorable que le diabète est plus récent. C'est dans ce dernier cas seulement que l'on peut observer des guérisons complètes et définitives.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Nous ne nous arrêterons guère à ce chapitre qui est encore assez obscur. Pendant longtemps, l'existence de lésions névritiques a été mise en doute et l'on attribuait la sciatique diabétique à une action du sucre sur les centres cérébraux ou médullaires.

Pryce, puis André, ont mis en évidence de façon incontestable l'existence de lésions du nerf que Déjerine a confirmées. Mais il s'agissait de cas avancés dans lesquels les troubles névritiques étaient anciens.

Il paraît logique d'admettre qu'il existe d'une part des névrites, d'autre part des névralgies sciatiques. Dans le premier cas, on trouve des lésions du nerf, évidemment provoquées par la présence du sucre dans le sang et dans les tissus, mais sans que leur pathogénie puisse être très exactement élucidée. Dans le deuxième cas, il faut admettre que les modifications chimiques du sang qui se produisent sous l'influence de la présence du sucre créent

un état d'irritabilité spéciale du nerf d'où résulte la névralgie.

On voit combien toute cette pathogénie est encore superficielle et insuffisante.

Ajoutons qu'il faut tenir compte de quelques autres facteurs qui ont tout au moins un rôle adjuvant : c'est le tempérament arthritique, c'est le fait de s'exposer longuement au froid ou à l'humidité, c'est l'hérédité aussi dans bien des cas. Ces remarques ont permis à Lagardère d'observer que « s'il y a des sciaticques diabétiques, il y a aussi des névralgies sciaticques chez des diabétiques ». Cette observation est certainement exacte, mais nous ferons remarquer à notre tour qu'elle échappe à toute vérification car il est à peu près impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de distinguer une névralgie sciaticque chez un diabétique d'une véritable sciaticque diabétique.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de la sciatique diabétique doit être dirigé d'une part contre le symptôme et d'autre part contre la cause. Un seul des deux traitements est insuffisant et il est nécessaire de les associer si l'on veut obtenir un résultat.

La *médication antinévralgique* comprend du reste toute une série d'agents qui rendent de très réels services dans le diabète sucré lui-même. En les employant, on fera donc d'une pierre deux coups. Tels sont les salicylates : salicylate de soude à l'intérieur, salicylate de méthyle à l'extérieur. Tels sont aussi le bromure de potassium et l'antipyrine dont l'action sur le diabète est très connue.

On utilisera, en outre, l'opium et la morphine sans lesquels il est très difficile d'avoir raison des paroxysmes douloureux, si pénibles pour le malade. Mais leur emploi

demande quelques précautions à cause de l'accoutumance qui est à redouter lorsqu'on doit les employer longtemps de suite, comme c'est ici le cas. On peut aussi s'adresser aux injections épidurales de cocaïne.

La quinine, par voie buccale ou par voie sous-cutanée, a parfois une action rapide sur les douleurs de la sciatique diabétique.

Enfin signalons les applications locales : chlorure de méthyle, pointes de feu, vésicatoire, air chaud.

La *médication antidiabétique* se réduit à peu de choses. Nous avons indiqué ci-dessus les quelques moyens classiques qui donnent parfois de bons résultats : bromure, antipyrine, salicylates. Le traitement du diabète est fort peu médicamenteux et se borne presque au régime qui en est la pierre angulaire. L'action de ce régime sur les douleurs névralgiques du diabète est tout à fait remarquable. On voit celles-ci disparaître sous son influence et reparaitre aussitôt que le malade se livre au moindre écart de régime.

Nous n'insisterons pas autrement sur ce régime, connu et classique, et cependant d'application assez délicate. Certains auteurs ont soutenu et soutiennent encore que ce régime doit avoir pour but de faire disparaître *complètement* le sucre de l'urine. Les conceptions actuelles ont montré quel est le danger de cette théorie. Trop strictement appliqué, le régime antidiabétique amène une dénutrition telle que le malade est une proie facile pour la tuberculose. Sans aller jusqu'à faire nôtre le paradoxe — plus apparent que réel — qui consiste à promettre au diabétique la mort par tuberculose, s'il se met au régime, et la mort par coma diabétique, s'il ne s'y met pas, il est certain qu'il faut éviter de tomber dans des exagérations

néfastes pour le malade. Il vaut mieux qu'il garde un peu de sucre dans ses urines et que les défenses de son organisme restent intactes. Nous avons dit déjà que l'intensité des douleurs névralgiques n'est pas toujours en rapport avec la quantité de sucre contenu dans les urines ; la violence même de ces douleurs n'est donc pas un argument suffisant pour faire adopter une ligne de conduite qui risque d'être préjudiciable au malade et ne l'empêchera même pas d'une façon certaine de souffrir. La conduite à tenir est, dans chaque cas, affaire de tâtonnements, d'étude patiente de la part du médecin, d'application persévérante de la part du malade.

CONCLUSIONS

I. — Les névralgies sont assez fréquentes au cours du diabète et, parmi elles, la sciatique est une de celles que l'on observe le plus souvent, seule ou associée à d'autres.

II. — La sciatique diabétique est le plus souvent bilatérale, mais peut être unilatérale. Elle est d'une acuité et d'une ténacité toute particulières et résiste aux médications antinévralgiques habituelles.

III. — Elle apparaît soit — rarement — avant toute manifestation diabétique, soit au cours d'un diabète latent qu'elle révèle, soit dans la période de début d'un diabète confirmé, soit enfin au cours d'un diabète très ancien.

IV. — Elle se caractérise par des douleurs, à paroxysmes nocturnes, et d'une violence atroce, par des troubles sensitifs, des troubles moteurs, des troubles trophiques, et parfois par des modifications des réflexes. Il est assez difficile cliniquement de faire le diagnos-

tic entre la névralgie et la névrite, car les troubles des réflexes sont dus le plus souvent au diabète lui-même et leur pathogénie est obscure comme l'est aussi du reste celle des névralgies et névrites diabétiques.

V. — Son évolution suit d'assez près celle du diabète mais ne se calque pas sur celle de la glycosurie, au moins d'une façon absolue.

VI. — Son traitement comprend d'une part la médication antinévralgique — salicylates, bromure, antipyrine qui agiront aussi en même temps sur le diabète, quinine, air chaud, etc. — et la médication antidiabétique qui se résume surtout dans une diététique appropriée.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :	VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 24 juillet 1919.	Montpellier, le 22 juillet 1919.
Le Recteur,	Le Doyen,
Ant. BENOIST.	MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- AUCHÉ. — Névrites diabétiques (Arch. de méd. exp., 1890, p. 658).
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses, 1882.
- BARTH. — Des accidents nerveux du diabète sucré (Union méd. Paris, 1883).
- BERGER (de Breslau). — Neural. bei Diabetes Mellitus (Neurolog. Centralblatt, 1882, t. 6).
- BERNARD et FERÉ. — Troubles nerv. chez les diabétiques (Arch. de neuropol., 1882).
- BORDIER. — Névralgies symétriques dans le diabète (Journ. de thérap., 1881).
- BOUCHARDAT. — Traité du diabète, 1882.
- BUZZARD. — Sciatique double chez un diabétique (The Lancet, 1882).
- CHARCOT. — Arch. de neur., 1889.
- CHAUFFARD. — Des troubles nerveux chez les diabétiques (Sem. méd., 1893).
- CORNILLON. — Des névralgies diabétiques (Rev. de méd., 1884).
- DAVIES PRYCE. — On diabetic neuritis (Brain, 1893).
- DÉJERINE. — Des névrites toxiques : le pseudo-tabes (Sem. méd., 1893).
- Traité de séméiologie nerveuse.

- DREYFOUS. — Acc. nerv. du diabète sucré (Th. d'agrégation, 1883).
- GRELLETY. — Complic. du diabète (Lyon méd., 1880).
- HARDY. — Bull. Acad. de méd., déc. 1880.
- JOUE. — De la sciatique (Th. Montpellier, 1898).
- LAGARDÈRE. — La sciatique dans le diabète (Th. Paris, 1902).
- LAGO. — Sciatique double (Th. Paris, 1897).
- LECORCHÉ. — Traité du diabète (Paris, 1872).
- MARCHAL DE CALVI. — Acc. diabétiques et essai d'une théorie gén. du diabète (Paris, 1864).
- NAUNYN. — De diabetes Mellitus (Berlin, 1898).
- PALLE. — Complic. du diabète (Th. Paris, 1864).
- PETER. — Acad. de méd., déc. 1880.
- RAYMOND et OULMONT. — Doul. fulgur. et myalgie dans les membres inf. chez les diabét. (Gaz. méd., 1881).
- RICHARDIÈRE. — Complic. du diabète. In Gilbert et Thoinot.
- ROSENSTEIN. — Névralgies sciatiques et diabète (Tageblatt Hamburg, 1876).
- THIROLOIX. — Diabète pancréatique (Paris, 1892).
- VERGELY. — Troubles sens. des membres inf. chez les diabét. (Gaz. heb., 1893).
- Accidents nerv. du diabète (Arch. clin. de Bordeaux, 1898).
- WORMS. — Névralgies symétriques dans le diabète (Gaz. heb. méd., 1880).
- ZIEMSEN. — Neuralgie und Nevritis bei diabetes Mellitus (Aertzliche Intelligensblatt, 1885).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
